

**“ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL MOVIMIENTO DE LA RECUPERACIÓN
EN LOS PLANES DE SALUD MENTAL DE LAS COMUNIDADES
AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS”**

Autor: Joseba González Fernández

Director: Daniel Pinazo Catalayud

Tutor: Manuel Gómez Beneyto

Fecha de lectura: 11 de Octubre del 2018



Resum / Resumen:

A lo largo del presente Trabajo Fin de Máster (TFM) se pretende determinar el impacto del movimiento de la *recuperación* en España a través del análisis del contenido de los planes de salud mental vigentes en las Comunidades Autónomas.

El modelo de *recuperación*, actualmente cada vez influye más en el ámbito de la salud mental centrándose en la persona de manera global, favoreciendo así una actitud activa y esperanzadora. Su extensión a lo largo del mundo cada vez es mayor.

Para la realización del presente trabajo, en primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía existente acerca del concepto y del movimiento de la *recuperación*. Posteriormente, se han recopilado todos los Planes de Salud Mental de cada Comunidad Autónoma con el fin de identificar la presencia del concepto y características de la *recuperación*, así como la frecuencia de uso del lenguaje y términos relacionados con la *recuperación*. A su vez, se identifica la presencia de actuaciones, estrategias y programas concretos que impulsan la práctica de la *recuperación*.

En un gran número de Planes de Salud Mental de las comunidades autónomas españolas se hace una escasa mención del modelo de la *recuperación* mientras que las comunidades de Andalucía y Comunidad Valenciana se centran específicamente en dicho modelo.

Paraules clau / Palabras clave: *recuperación*, esperanza, identidad, vida con sentido, autogestión, empoderamiento, grupos de auto ayuda, autodeterminación, Plan de Salud Mental.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. El modelo de salud mental comunitaria	4
1.2. El movimiento de los supervivientes de la psiquiatría	4
1.3. El movimiento de la <i>recuperación</i>	5
1.4. La justificación del presente trabajo	8
2. OBJETIVOS	9
2.1. Objetivo general	9
2.2. Objetivos específicos	9
3. METODOLOGÍA	10
4. RESULTADOS Y COMENTARIOS	11
4.1. Análisis de resultados de los Planes de Saldu Mental de las CC.AA	11
4.2. Análisis cuantitativo del uso de términos asociados con el concepto de <i>recuperación</i>	46
5. DISCUSIÓN GENERAL	47
6. CONCLUSIÓN	49
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1. Introducción

El modelo de salud mental comunitaria

El modelo de salud mental comunitaria surge a raíz del proceso de desinstitutionalización de los años 60. Este proceso se inicia oficialmente en Estados Unidos debido a las condiciones deplorables en las que se encontraban las personas ingresadas en hospitales psiquiátricos de aquella época. Consistía en el rechazo total hacia las instituciones psiquiátricas y sus objetivos se basaban en el traslado de los pacientes institucionalizados en los grandes hospitales psiquiátricos a la comunidad y en la creación simultánea de suficientes dispositivos comunitarios para el tratamiento y apoyo en su medio natural de las personas desinstitutionalizadas. Siguiendo a Davidson, Rakfeldt y Strauss (2014), tanto Erving Goffman y Franco Basaglia, sociólogo y psiquiatra respectivamente, documentaron la influencia destructiva del hospital y la necesidad de mantener a los pacientes en su propia comunidad.

Durante la década de los 60 se empezaron a cerrar diferentes hospitales psiquiátricos en países occidentales y comenzaron a crearse dispositivos alternativos para atender a las necesidades de los pacientes que salieron de los hospitales psiquiátricos. Este desarrollo de nuevos dispositivos creados en las comunidades permitiendo a los pacientes integrarse y participar como miembros activos en la sociedad se conoce con el nombre de salud mental comunitaria.

El movimiento de los supervivientes de la psiquiatría

Por otro lado, en la década de los 70, surge el movimiento denominado “supervivientes de la psiquiatría” debido a que los usuarios de los servicios de salud mental estaban desilusionados por las actuaciones sanitarias vividas y el trato recibido por parte de los profesionales. Fue un movimiento de rechazo a la ayuda profesional iniciado por usuarios en el que al principio, las iniciativas de cambio se centraron en la legislación de salud mental, en concreto en aquellas que sancionaban las intervenciones involuntarias y coercitivas. Posteriormente generan la búsqueda de un sistema de actuación terapéutico y de rehabilitación en paralelo a la atención llevada a cabo por las instituciones sanitarias. Dichas actuaciones estaban centradas en el apoyo mutuo entre iguales en el que se hacen cargo de manera activa de su proceso de *recuperación* (Davidson & González-Ibáñez, 2017).

Cabe destacar, que el movimiento de “supervivientes de la psiquiatría” se inspiró en el movimiento de personas con discapacidades de la década de los 50, ya que fue un movimiento dirigido por las propias personas con discapacidad en el que reclamaban una vida independiente, enfatizando en poder continuar con su vida diaria y denunciaban las desventajas y discriminación sufridas.

Durante el movimiento de “supervivientes de la psiquiatría”, se produce la creación de servicios alternativos de salud mental, como hogares de crisis, refugios y residencias en las cuales las personas usuarias eran atendidas por no profesionales, es decir, por personas con enfermedad mental con experiencia propia en las estrategias de afrontamiento a su enfermedad. El texto clave en el desarrollo intelectual del movimiento, al menos en los Estados Unidos, fue “On our own: Patient controlled alternatives to the mental health system” (1978) de Judi Chamberlin, usuaria de los servicios de salud mental.

El movimiento de la *recuperación*

Posteriormente, en la década de los 90, emerge entre los usuarios de los servicios de salud mental una nueva ideología que se conoce con el nombre de “movimiento de la *recuperación*”. Destacar que la atención a la salud mental basada en el modelo comunitario se ha visto beneficiada por el término *recuperación*, el cual reconoce a la persona con una enfermedad mental como la verdadera protagonista de su proceso terapéutico y de crecimiento personal.

El término “*recuperación*” tiene diferentes definiciones. Siguiendo a Bill Anthony, uno de los fundadores intelectuales del movimiento de *recuperación*, la *recuperación* es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. “La *recuperación* implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental...” (Anthony, 1993).

Por lo tanto, la *recuperación* es un proceso muy personal y único que supone el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida más allá de los efectos negativos del problema de salud mental. Es un proceso continuo, que consiste en

adquirir o recuperar muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas, que pueden haberse perdido a causa de la enfermedad mental.

Una idea fundamental de la *recuperación* es que la *recuperación* no conlleva necesariamente una “*recuperación* clínica”, es decir, una cura total de todos los síntomas. La *recuperación* se centra, en cambio, en el recorrido único de una persona que vive con problemas de salud mental en el proceso de construir su propia vida más allá de la enfermedad (*recuperación* personal). Por tanto, una persona puede recuperar su vida sin necesariamente “recuperarse” de su enfermedad. (Sheperd, Boardman y Slade 2008). Siguiendo a Davidson (2008), esta es la forma de “*recuperación*” que surgió del movimiento de supervivientes, ya que cada vez más personas vieron que no necesitaban ser “curadas” completamente de sus trastornos para reclamar una vida plena.

Se reconoce que las personas con un problema de salud mental se sienten muy frecuentemente privadas de sus derechos y estos sentimientos pueden interferir en su proceso terapéutico. Por lo tanto, el modelo de *recuperación* en parte se basa en que se obtendrán mejores resultados si las personas sienten que sus derechos son respetados y que sus decisiones se tienen en cuenta. Centrándose en el bienestar de la propia persona e incitándola a participar activamente en su propio proceso de auto cuidado, lo que permite que ellas mismas definan sus objetivos vitales y su tratamiento farmacológico, psicológico y social.

Por otro lado, vemos que los componentes principales del proceso de la *recuperación* según Andresen, Oades y Caputi (2003) son:

- I. Encontrar esperanza y mantenerla (creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro).
- II. Re-establecimiento de una identidad positiva (encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo).
- III. Construir una vida con sentido (entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir).
- IV. Asumir responsabilidad y control (sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida).

En el documento “Hacer de la *recuperación* una realidad” (Shepherd, Boardman y Slade, 2008), se expone un decálogo de los principios de la *recuperación*, que son los siguientes:

1. La *recuperación* consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.
2. Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar.
3. La esperanza es fundamental para la *recuperación* y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas la obtienen.
4. Se estimula y facilita la autogestión. Los procesos de autogestión son similares pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.
5. Las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al de entrenador o compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento.
6. Las personas no se recuperan solas. El proceso de *recuperación* está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.
7. La *recuperación* consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal separado de la enfermedad o discapacidad.
8. El lenguaje usado, las historias que se construyen y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de *recuperación*. Esta mediación puede, por un lado, reforzar una sensación de esperanza y posibilidades o, por el contrario, invitar al pesimismo y la cronicidad.
9. El desarrollo de servicios basados en la *recuperación* se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que en su formación académica. Se han

de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.

10. La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la *recuperación* y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible. Sin embargo, el apoyo entre iguales es fundamental para muchas personas en su proceso de *recuperación*.

Justificación del presente trabajo

Hoy en día, el modelo de *recuperación* se ha convertido principalmente en el principio organizativo clave de planes y programas de salud mental de diversos países anglosajones. Por ejemplo, en relación al modelo de *recuperación* y siguiendo a Sheperd, Boardman y Slade (2008), se observa que en Nueva Zelanda se creó la Comisión de Salud Mental en 1998, en los Estados Unidos el Departamento de Salud y Servicios Sociales en 2003 y en Australia el Plan Australiano Nacional de Salud Mental en 2003. Cerca de nuestro entorno, se han adoptado en Irlanda con la Comisión de Salud Mental en 2005 y en Escocia el plan nacional “Rights, Relationships and Recovery” en 2006. El modelo de *recuperación* cada vez influye más en el ámbito de la salud mental de los países nórdicos. Siguiendo a Schön y Rosenberg (2013), la *recuperación* se ha convertido en un área de interés de los países nórdicos en los que “se han instaurado diferentes sistemas y estructuras para proporcionar servicios de salud mental de calidad, promocionando la *recuperación* en base a las organizaciones de usuarios y profesionales”. Diferentes programas centrados en el modelo de *recuperación* llevan años instaurados en los países nórdicos como el “HousingFirst” y “Individual Placement and Support”. Así pues, el concepto de *recuperación* ha pasado a primer plano en las políticas de atención a la salud mental, en la gestión de los servicios y en sus prácticas profesionales ampliamente en los países de nuestro entorno. Dada la gran extensión de este movimiento, cabría preguntarse hasta qué punto el modelo de la *recuperación* ha penetrado en la cultura de los servicios de salud mental en España.

2. Objetivos del presente trabajo

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el impacto del movimiento de la *recuperación* en España a través del análisis del contenido de los planes de salud mental vigentes en las Comunidades Autónomas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Recopilar los planes de salud mental vigentes en las Comunidades Autónomas.
2. Analizar los textos de estos planes con el fin de identificar la presencia del concepto y características de la *recuperación*, así como la frecuencia de uso del lenguaje y términos relacionados con la *recuperación*.
3. Analizar los textos de estos planes con el fin de identificar la presencia de actuaciones, estrategias y programas concretos para impulsar la práctica de la *recuperación* en los servicios de salud mental.

3. Metodología

Mediante este estudio se pretende determinar el grado de penetración de la cultura y de la práctica de la *recuperación* en los servicios de salud mental en España. El estudio es un análisis de textos cualitativo que consiste en recuperar todos los planes de salud mental de cada comunidad autónoma a través del buscador Google de internet y analizar los textos con el fin de identificar la presencia del concepto y características de la *recuperación*, la frecuencia de uso del lenguaje y términos relacionados con la *recuperación* e identificar la presencia de actuaciones, estrategias y programas concretos que impulsen la práctica de la *recuperación*.

Para el análisis de contenido directo, en el apartado de resultados del presente trabajo, se ha estructurado el análisis en cuatro apartados: título del plan de salud mental, descripción formal, la *recuperación* y el comentario. En el título del plan de salud se establecen la fecha, la autoría, su aprobación y la vigencia. En la descripción formal se realiza una breve descripción del plan y su estructura. En el apartado de *recuperación*, se analiza y se cita el concepto de *recuperación* utilizado a lo largo del plan; se aportarán además los verbatim en los que se pondrá en evidencia el uso de este concepto.

Para el análisis de contenido indirecto o latente, buscaremos el uso o empleo de palabras clave del concepto de *recuperación*, así, siguiendo la definición de Anthony, consideraremos palabras clave: esperanza, identidad, vida con sentido, autogestión y empoderamiento. En relación con el concepto de autogestión de Sheperd, Boardman y Slade (2008) se considerarán las palabras: grupos de ayuda mutua y autodeterminación.

4. Resultados y comentarios

En la descripción de este apartado aportaremos el título, la descripción formal, el concepto de *recuperación* tal y como se presenta en cada uno de los planes de salud mental por separado y el comentario. En el concepto de *recuperación*, en la exposición de las citas literales, para mayor claridad, las haremos en cursiva y en párrafo aparte (aunque esto suponga contrariar las normas de la APA). Al final de este apartado, se presenta una tabla con resumen cuantitativo de términos asociados a la *recuperación*.

Andalucía. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Realizado por la Junta de Andalucía y la Consejería de Salud. Aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Actualmente se encuentra vigente.

Descripción formal

Se puede observar que el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 se estructura en torno a cinco líneas estratégicas: promoción y prevención; detección, atención y *recuperación*; derechos humanos y participación; gestión de recursos y sistemas de información; gestión del conocimiento, investigación y evaluación. Todas ellas orientadas en 9 objetivos generales para los que han establecido 70 objetivos específicos, 119 líneas de acción y 113 resultados esperados. En los primeros apartados del plan, se observa un marco de referencia, una descripción de la situación actual de la salud mental de la población andaluza y sus principales necesidades. Seguido, se centra en las cinco líneas estratégicas citadas anteriormente y por último, se realiza un seguimiento y una evaluación de todo el plan en sí.

La recuperación

En cuanto al término *recuperación*, se emplea con abundancia a lo largo de todo el plan de salud mental. Uno de los objetivos generales del plan dentro del ámbito de prevención, se centra en dicho término:

“Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental (comunes y/o graves) en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital” (2016, pág. 10).

En la parte introductoria, se pone de manifiesto que se debe confiar en el mantenimiento del modelo comunitario.

“Se debe confiar en el mantenimiento del modelo comunitario de atención a la salud mental de Andalucía, mediante una red sanitaria y social, diseñada para facilitar el proceso de recuperación de las personas con problemas de salud mental, en términos de universalidad, equidad y accesibilidad” (2016, pág. 13).

A su vez, se nombra durante el plan a varios investigadores de finales del siglo XX y principios del siglo XXI los cuales enfatizan e investigan mediante evidencias el modelo de *recuperación* como Larry Davidson, JaakRakfeldt, John Strauss, GeoffSheperd, JedBoardman y Mike Slade. Por ejemplo, en relación a los servicios orientados a la salud mental, se expone que,

“otro aspecto a tener en cuenta es la orientación a la recuperación que deben tener los servicios, con unos valores éticos innegables” (2016, pág. 15).

En la base de esta orientación, siguiendo el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 reside un conjunto de valores sobre:

“el derecho de una persona a construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. Por lo que la recuperación se basa en las ideas de autodeterminación y autocontrol, y en la importancia de la esperanza y el apoyo mutuo para mantener la motivación y reforzar las expectativas de una vida individual plena” (2016, pág. 15).

Por último, en cuanto a las áreas de mejora más prioritarias de los servicios de salud mental de Andalucía, se señalan:

“la atención a la infancia y la adolescencia, la atención a urgencias, las intervenciones de rehabilitación psicosocial orientadas a la recuperación, los programas de SM de enlace, los programas de tratamientos asertivos y la atención específica a personas con TMG en riesgo o situación de exclusión” (2016, pág. 60).

En relación con el concepto de esperanza y de autodeterminación se menciona que:

“la recuperación se basa en las ideas de autodeterminación y autocontrol, y en la importancia de la esperanza y el apoyo mutuo para mantener la motivación y reforzar las expectativas de una vida individual plena” (2016, pág. 15).

Por otro lado, en cuanto al concepto de identidad encontramos que:

“se recoge como principios generales el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia, el respeto a la diferencia y su aceptación, la no discriminación, la igualdad de oportunidades, la participación en la sociedad, la accesibilidad, la igualdad entre el hombre y la mujer y, por último, el respeto a la evolución de las facultades de niños y niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad” (2016, pág. 99).

Siguiendo el termino de vida con sentido, a lo largo del Plan se expone que la base de la recuperación,

“reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona a construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental” (2016, pág. 15).

En relación al término “autogestión” encontramos que:

“se valora positivamente la existencia de los movimientos asociativos de personas con enfermedad mental y familiares, y muy especialmente de aquellos autogestionados por personas usuarias, demandándose una mayor participación en actividades de gestión y planificación” (2016, pág. 61).

El concepto de empoderamiento se recoge a lo largo de todo el Plan:

“Facilitar el empoderamiento de las personas con enfermedad mental y de su entorno más cercano a través del fortalecimiento del movimiento asociativo y el aumento de los recursos y funciones de las entidades tutelares” (2016, pág. 59).

“Los servicios han de facilitar el empoderamiento de las personas con enfermedad mental para participar en los aspectos relacionados con su salud mental, a través del fomento de su autonomía e independencia, cauces de participación más efectivos en los servicios, ingresos económicos suficientes, inclusión en el mundo laboral, participación plena en la sociedad...”(2016, pág. 59).

“Este modelo de salud positiva encaja con el enfoque de recuperación y empoderamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental, por lo que extender la cultura de la recuperación entre profesionales, personas usuarias, familiares y las comunidades donde habitan, facilita y potencia la promoción y prevención en salud mental” (2016, pág. 75).

A su vez como objetivos específicos se menciona:

“fomentar la recuperación y el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental, como eje central de su atención en los servicios sociales y sanitarios” (2016, pág. 100).

“La participación de la ciudadanía en asuntos que son de su interés, como es su salud mental, fomenta su empoderamiento y, por tanto, su capacidad para dirigir su vida” (2016, pág. 102).

Como líneas futuras de acción se expone:

“se abordan acciones orientadas a combatir la discriminación social que sufren las personas con enfermedad mental en los diferentes contextos de vida; al fomento de su empoderamiento y recuperación, haciendo efectivo el derecho a expresar su opinión, a que esta sea tenida en consideración y a participar activamente en todo lo que afecte a su salud” (2016, pág. 128).

Por último, en cuanto al concepto de grupos de ayuda mutua encontramos:

“La red andaluza de asociaciones de apoyo mutuo en salud mental es amplia y diversa, representando a diferentes sectores de personas usuarias y familiares” (2016, pág. 56).

Como objetivos específicos, en relación con el concepto de grupos de ayuda mutua, se describen:

“Incorporar de manera cooperativa los programas de autoayuda y de apoyo mutuo y la participación efectiva del movimiento asociativo en la gestión y evaluación de los servicios” (2016, pág. 65).

“Fomentando las intervenciones de baja intensidad (uso de guías de autoayuda u otros materiales para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida

cotidiana y programas de apoyo mutuo), incrementando las intervenciones psicológicas, individuales, familiares y grupales, basadas en la evidencia, así como las derivadas del uso de las TIC” (2016, pág. 87).

“Implementación, en los servicios de SM, de actividades de apoyo mutuo en estrecha colaboración con los movimientos asociativos de personas usuarias con TMG y familiares” (2016, pág. 91).

“Extensión de los grupos de apoyo mutuo entre personas con problemas de salud mental a los servicios de SM, orientados a fortalecer los activos en salud (individuales y comunitarios) y a facilitar su empoderamiento, en estrecha colaboración con los movimientos asociativos” (2016, pág. 103).

Siguiendo con el concepto de ayuda mutua, en relación con las líneas futuras de acción se describe lo siguiente:

“la red de atención a la salud mental de Andalucía incluye a los recursos del SSPA, los recursos y programas de apoyo social y la red de asociaciones de apoyo mutuo de personas usuarias y familiares” (2016, pág. 52).

“Incorporar de manera cooperativa los programas de autoayuda y de apoyo mutuo y la participación efectiva del movimiento asociativo en la gestión y evaluación de los servicios” (2016, pág. 65).

“Desarrollo de estrategias para fortalecer el apoyo mutuo en el ámbito de los movimientos asociativos y búsqueda de fórmulas de profesionalización y de colaboración con los servicios sanitarios y programas de apoyo social” (2016, pág. 103).

“Se pone un énfasis especial en la extensión de programas de atención intensiva comunitaria para los grupos con mayor vulnerabilidad, la generalización de programas de apoyo social gestionados por FAISEM y la potenciación del apoyo mutuo entre personas usuarias y entre familiares” (2016, pág. 128).

Comentario

El Plan de Salud Mental de Andalucía está actualmente vigente. A lo largo de todo el Plan, se utiliza el modelo de *recuperación* como una de las prioridades a establecer en

líneas de actuación. En los valores del Plan se tiene en cuenta el derecho de una persona a construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. Por lo que se diferencia la “*recuperación* clínica” de la “*recuperación* social”. Destacar que una de las bases del plan es el modelo de *recuperación* y muchas de las líneas estratégicas se centran en dicho modelo y en la salud mental comunitaria. Los diferentes valores del modelo de *recuperación* se exponen a lo largo del Plan como el empoderamiento, vida con sentido, apoyo mutuo, esperanza, etc. El grado de penetración del concepto de *recuperación* es muy abundante a lo largo del documento. Se propone el transformar los servicios existentes en servicios dirigidos hacia el modelo de *recuperación*. En cuanto a los programas o estrategias relacionados con el concepto de *recuperación* encontramos que se describen programas de apoyo social como el programa de atención domiciliaria, programa de empleo y programas específicos de autoayuda y de apoyo mutuo.

Aragón. Plan de Salud Mental 2017-2021. Realizado por Gobierno de Aragón. Aprobado por El Pleno de las Cortes el 4/5/2017. Actualmente, vigente.

Descripción formal

El plan de salud mental 2017-2021 de Aragón está estructurado en cuatro grandes apartados. En el primero de ellos se realiza un análisis de la situación actual de la salud mental de la propia comunidad autónoma. En segundo lugar, se centra en las líneas estratégicas (promoción y prevención de la salud mental; atención de calidad, integral, con continuidad y comunitaria; la autonomía y derechos del paciente; sistema de información fiable y útil; desarrollo, autonomía y responsabilidad de los profesionales) y sus consecuentes objetivos generales y específicos. En tercer lugar, realiza un análisis de 20 proyectos totales dirigidos al colectivo de salud mental. Por último, se expone una memoria económica donde se observa la suficiencia de los recursos humanos y los recursos necesarios dirigidos a la atención de la salud mental en Aragón.

La recuperación

En la parte introductoria del plan, en relación al modelo de *recuperación*, se expone que las estrategias establecidas en el plan se enmarcan en un modelo comunitario de atención:

“estableciendo como principios básicos la autonomía de las personas, la continuidad de la atención sanitaria y de rehabilitación, la accesibilidad a los servicios, la comprensividad a través de la especificación y territorialización de los servicios, la equidad, la calidad, la recuperación tanto de los aspectos clínicos como de los de autonomía de las personas y la responsabilidad de las instituciones sanitarias frente a estos principios y valores” (2017, pág. 11).

En la actualidad, en Aragón,

“perviven actitudes paternalistas y de resignación respecto a la recuperación de las personas con enfermedad mental, presentando solo una actitud moderadamente favorable a la información y participación de los pacientes” (2017, pág. 16).

Por lo que uno de sus objetivos es,

“el fomentar la formación en los profesionales de salud mental sobre el modelo de la Recuperación” (2017, pág. 16).

Siguiendo el plan de salud mental, en relación con el término *recuperación* se expone:

“se sitúa la necesidad del trabajo en red, para la conexión de recursos comunitarios, y el modelo de recuperación, que proporciona intervenciones centradas en la persona para ayudar, acompañar y favorecer que esta tenga el control de su proyecto vital, más allá del tratamiento y control sintomatológico o la rehabilitación funcional” (2017, pág. 154).

En cuanto a los servicios de salud mental de Aragón, se expone que las Unidades de Salud Mental representan el elemento clave de toda la red de recursos y dispositivos de salud mental,

“ya que debe ser referente clínico del paciente, fundamentalmente de personas con trastorno mental grave, y se coordinará con otros recursos y equipos con la finalidad de su rehabilitación e inserción laboral bajo el modelo de recuperación” (2017, pág. 73).

Por último, destacar que uno de los objetivos que se plantean en el plan en relación con la recuperación es que,

“debe garantizarse que el paciente participe activamente en su proceso, contando con su consentimiento y libre elección de entre las diferentes alternativas que se le puedan presentar, siendo sujeto activo de su recuperación (proceso centrado en la persona y sus decisiones, respetuoso e integral, individualizado, progresivo y apoyado en sus fortalezas)” (2017, pág. 162).

En relación con el concepto de empoderamiento, a lo largo del documento encontramos:

“existe consenso en que una de las acciones más importantes a realizar al respecto del estigma en general y el autoestigma es el empoderamiento, esto es, afianzar la seguridad en sí mismo de las personas con problemas de salud mental y sus posibilidades de vida normalizada” (2017, pág. 217).

“Aparecen movimientos sociales que reivindican un empoderamiento del paciente en el marco de la atención sanitaria, con capacidad para informarse y tomar decisiones, y hacer respetar sus derechos en cualquier fase de la enfermedad o de las intervenciones recibidas, de tal manera que se supere el modelo basado en la custodia, en el que se trata a la persona con enfermedad mental grave como incapaz de cuidarse por sí misma y de tomar decisiones significativas sobre su vida, y transitar así, hacia un cambio de paradigma en la que la intervención de los usuarios y sus cuidadores sea crítica y participativa y no pasiva” (2017, pág. 105).

A su vez, se manifiesta que:

“la legislación que regula la autonomía y derechos del paciente, la sanidad y otras normativas, aseguran alguna de las manifestaciones del principio de autonomía del paciente, como pueden ser el consentimiento informado, la información y documentación clínica, pero esto no garantiza absolutamente la autonomía, sino que debe ser algo más, una contribución a su empoderamiento como su capacidad para elegir y controlar todo lo relacionado con la atención a su salud mental y otros aspectos de su vida” (2017, pág. 106).

Sin embargo, en relación a los términos de esperanza, identidad, vida con sentido, autogestión, grupos de ayuda mutua y autodeterminación no se mencionan en el documento.

Comentario

El Plan de Salud Mental de Aragón está actualmente vigente. A lo largo del Plan se tiene en cuenta el modelo de *recuperación* ya que uno de sus objetivos a largo plazo es el fomentar la formación en los profesionales de salud mental sobre el modelo de la *Recuperación*. Se diferencia la “*recuperación* clínica” de la “social” y apuestan firmemente por un modelo basado en la *recuperación* social en el cual la persona debe participar activamente en su proceso. A su vez, se destaca la necesidad de cambiar la forma de trabajar de los recursos sanitarios debido a que perviven actitudes paternalistas y de resignación respecto a la *recuperación*. Por lo que diferentes líneas estratégicas se centran en formar a profesionales de la salud mental en el modelo de la *recuperación*. Sin embargo, cabe destacar que en cuanto a los valores del modelo de *recuperación*, se observa que el concepto de empoderamiento sí que abunda a lo largo del documento mientras que la esperanza, vida con sentido, autogestión, identidad, grupos de ayuda mutua y autodeterminación ni se mencionan. En cuanto a los programas o estrategias que se emplean en el Plan en relación con el modelo de *recuperación* encontramos los programas de apoyo comunitario, el programa de comunidad terapéutica orientado a la inserción social y programas de autoayuda. El grado de penetración del concepto de la *recuperación* a lo largo del documento es abundante.

Asturias. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. Realizado por el Gobierno del Principado de Asturias. Aprobado por el Consejo de Gobierno. Actualmente, vigente.

Descripción formal

El Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020 está estructurado en cuatro grandes bloques. El primero de ellos se basa en el marco conceptual y normativo de dicho plan. En segundo lugar, realiza un análisis de la situación actual en Asturias en relación a la salud mental: demografía, estructuras de gestión, financiación, servicios, etc. En tercer lugar, desarrolla cinco líneas estratégicas (promoción de la salud mental

de la población, prevención y erradicación del estigma; atención a los trastornos mentales; coordinación interinstitucional; formación e investigación en salud mental; sistema de información) junto con sus respectivos objetivos generales y específicos. Por último, se desarrolla un seguimiento y evaluación de las estrategias para el desarrollo y mejora de la salud mental.

La recuperación

En la introducción de dicho plan, se describen los principios básicos de la red de servicios comunitarios de Asturias, en los cuales destaca la *recuperación* personal como la,

“recuperación de un trastorno mental grave que implica dos objetivos que requieren ser promovidos de manera específica: recuperar la salud y retomar el propio curso vital recuperando al máximo las propias capacidades como individuo y como ciudadano” (2015, pág. 7).

Por otro lado, en relación al término *recuperación*, se expone que:

“una de las características básicas del modelo comunitario es la actitud asertiva, proactiva, de todos los miembros del equipo, que buscan la motivación del paciente, su familia y entorno, para conseguir la implicación en los objetivos terapéuticos y la mejor recuperación y funcionalidad posible” (2015, pág. 53).

Por último, en el apartado de recursos, concretamente en el de los pisos de inserción social, uno de los objetivos de dicho plan es:

“reducir la variabilidad de financiación, gestión y cometido de los pisos de inserción social, definiéndolos como recurso de alojamiento, temporal y transitorio, para la recuperación o desarrollo de habilidades y autonomía suficiente que permitan a la persona su mayor nivel de integración social” (2015, pág. 41).

En cuanto a los términos de esperanza, identidad, vida con sentido, autogestión, empoderamiento, grupos de ayuda mutua y autodeterminación se observa que no se mencionan a lo largo del Plan.

Comentario

El Plan de Salud Mental de Asturias está actualmente vigente. Destacar que a lo largo del Plan, casi no se menciona la *recuperación* ni el modelo de *recuperación*, únicamente se menciona en las tres citas anteriormente expuestas. No está claro si utiliza el concepto de *recuperación* como *recuperación* “clínica” o “social”. A lo largo del plan sí que se ponen de manifiesto términos como la autonomía personal o la participación activa de la persona, pero sin basarse en el modelo de *recuperación*. Los términos de esperanza, identidad, vida con sentido, autogestión, empoderamiento, grupos de ayuda mutua y autodeterminación ni se mencionan a lo largo de todo el documento. Por último, encontramos diversos programas que se nombran en el documento en relación con el concepto de *recuperación* como son los programas de apoyo para personas con TMG en su entorno social habitual y los programas orientados a su integración socio laboral. Sin embargo, vemos que el grado de penetración del concepto de *recuperación* en el Plan de Salud Mental de Asturias es muy escaso.

Baleares. Estrategia de salud mental de Illes Balears 2006. Realizado por el Govern de Illes Balears y la Consejería de Salud y Consumo. Aprobado por el Govern de Illes Balears. No vigente.

Descripción formal

El plan de estrategia de salud mental de Islas Baleares de 2006 está estructurado de la siguiente manera: introducción, evolución de la salud mental en islas Baleares, impacto de las enfermedades mentales en los servicios sanitarios de Baleares, análisis de los recursos existentes y líneas estratégicas. El documento se fundamenta concretamente en doce líneas estratégicas y su objetivo principal es el garantizar la prestación de servicios continuados de promoción, asistencia y rehabilitación a la salud mental para la mejora de la calidad de vida e integración social de las personas con enfermedad mental.

La recuperación

El concepto de *recuperación*, a lo largo de todo el plan de estrategia de salud mental de Islas Baleares, solo se nombra una vez, concretamente en la parte introductoria:

“Establecer una buena información sobre la salud mental, desarrollando un sistema de vigilancia basado en indicadores y sistemas de recogida de datos comparables e

internacionalmente estandarizados. Incluyendo indicadores de promoción, prevención, tratamiento y recuperación en salud mental” (2006, pág. 11).

En relación con el concepto de esperanza, en el apartado de promoción y valores se destaca lo siguiente:

“la promoción implica una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre la persona con una discapacidad en salud mental, sobre sus posibilidades y potencialidades” (2006, pág. 87).

Por otro lado, los conceptos de vida con sentido, identidad, autogestión, empoderamiento, grupos de ayuda mutua y autodeterminación no se mencionan a lo largo del documento.

Comentario

El Plan de Salud Mental de las Islas Baleares terminó su vigencia en el año 2006 por lo que es entendible que no se haya incluido de forma tan completa como en otros planes el concepto de la *recuperación*. Destacar que a lo largo de todo el Plan no se menciona el término *recuperación* ni figuran los valores del modelo de *recuperación*. Únicamente se nombra el concepto de *recuperación* y de esperanza en la introducción de forma muy generalizada. En cuanto a los programas o estrategias empleadas en el documento en relación con el concepto de *recuperación* únicamente encontramos los programas de integración socio-comunitaria, programas de soporte a las familias y el programa de tratamiento asertivo comunitario. El grado de penetración del modelo de *recuperación* en el Plan de Islas Baleares es nulo.

Canarias. No dispone de ningún Plan de Salud Mental. Actualmente se encuentra en fase de vinculación externa ya que según el periódico canario Lancelot Digital, publicó el 28 de Junio de 2018 que “este Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC), que actualmente se encuentra en fase de validación externa, es fruto del trabajo colaborativo y coordinado de 22 equipos multidisciplinares e interinstitucionales”.

Cantabria. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Aprobado el 16 de diciembre de 2014 aprobado por el Gobierno de Cantabria. Vigente.

Descripción formal

El plan contiene tres grandes apartados. En primer lugar, hace una descripción de la situación de la salud mental en Cantabria y expone la misión, visión y valores de dicho plan. En segundo lugar, define las líneas de desarrollo para abordar estas problemáticas de salud haciendo mención también a la salud mental infanto-juvenil y en la edad geriátrica, trastornos por abuso de alcohol, además de enfermedades mentales más comunes y el suicidio. Por último, el plan detalla la organización de dispositivos, los sistemas de información y nuevas tecnologías aplicadas a la salud mental, la psicoterapia, formación e investigación en salud mental y un seguimiento y evaluación de dicho plan.

La recuperación

En la parte introductoria del Plan, se define la misión de dicho plan, en la cual se nombra el término *recuperación*:

“definir y establecer las actuaciones más efectivas para mejorar el conocimiento de los niveles de salud mental y ofrecer la mejor atención posible a las necesidades en materia de salud mental de los ciudadanos de Cantabria, en el marco del modelo comunitario e intersectorial, proporcionando atención integral en salud mental de forma multidisciplinar, eficiente, segura, oportuna, satisfactoria y respetuosa con la dignidad del paciente para lograr su mejor recuperación, su máxima autonomía, su reintegración social y la continuidad de cuidados” (2014, pág. 30).

Por otra parte, se nombra el concepto de *recuperación* en uno de los objetivos específicos del plan:

“desarrollar en todas las áreas sanitarias de Cantabria un programa integral de detección y atención temprana a la psicosis orientado a la recuperación, basado en la evidencia disponible y con continuidad de una atención intensiva durante los 5 primeros años tanto de psicosis afectivas como no afectivas” (2014, pág. 40).

En relación al concepto de empoderamiento, encontramos a lo largo del plan como objetivos generales:

“Empoderar al paciente y al cuidador cuando sea necesario, estableciendo una relación de colaboración con los profesionales de atención primaria y salud mental para que el paciente asuma la responsabilidad sobre su propia salud” (2014, pág. 78).

“Empoderar a las personas con problemas de salud mental para escoger las modalidades asistenciales que más se ajustan a sus necesidades” (2014, pág. 134).

A su vez, se observa que se nombra el concepto de apoyo mutuo a lo largo del documento.

“Establecer mecanismos de apoyo y asesoramiento a las asociaciones de familiares y pacientes con patología dual para que puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo, lucha contra el estigma y defensa de sus derechos” (2014, pág. 42).

“Reforzar el respaldo a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, para que puedan actuar como interlocutores y ejerzan con eficacia funciones de apoyo mutuo y defensa de sus derechos” (2014, pág. 106).

“También se fomentará que las personas con trastornos mentales puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo y de lucha contra el estigma” (2014, pág. 166).

En cuanto al término de esperanza, encontramos que dicho concepto se refiere a esperanza de vida:

“Aumentar la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas con psicosis mediante el fomento de programas que mejoren la actividad física y la salud física” (2014, pág. 41).

Sin embargo, los conceptos de identidad, vida con sentido, autogestión y autodeterminación no se mencionan a lo largo de todo el documento.

Comentario

El Plan de Salud Mental de Cantabria está actualmente vigente. A lo largo de todo el plan no se menciona el modelo de *recuperación*. Sus líneas estratégicas y sus objetivos no están centradas en la *recuperación*. Únicamente en todo el plan se cita en dos ocasiones el concepto de *recuperación*, citadas anteriormente. El concepto de empoderamiento y de apoyo mutuo también están citados en muy pocas ocasiones a lo

largo del documento. Los conceptos de identidad, vida con sentido, autogestión y autodeterminación no se mencionan en todo el documento. A lo largo del Plan se establecen muchos programas a desarrollar pero ninguno se basa en el concepto de *recuperación* únicamente se nombra el Programa de Rehabilitación Psicosocial en varias ocasiones. Por lo que el grado de penetración del modelo de *recuperación* en el plan es muy escaso.

Castilla-La Mancha. Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025.

Realizado por el Gobierno de Castilla-La Mancha. Aprobado por el Consejo de Gobierno el día 3 de abril de 2018. Vigente.

Descripción formal

El plan de Salud Mental 2018-2025 de Castilla-La Mancha contiene 10 apartados: introducción, misión y valores, marco normativo, análisis de la situación actual de la salud mental de Castilla-La Mancha, metodología, diagnóstico, objetivos y líneas de acción, actuaciones, plan de necesidades y por último, evaluación y seguimiento. A lo largo del plan se recogen las actuaciones a desarrollar durante el periodo establecido y tiene como objetivo principal el lograr la optimización de los servicios para garantizar la continuidad asistencial de las personas con problemas de salud mental. También otro de los objetivos claves de todos los programas y servicios es la participación de las personas con problemas de salud mental en los distintos recursos y dispositivos.

La recuperación

En el apartado de misión y valores de dicho documento, en relación al termino *recuperación*, se menciona que la visión es,

“impulsar la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales; en la que las personas afectadas ejercen sus derechos humanos de forma plena y en la que acceden de forma equitativa a una atención sanitaria y social de calidad; promueve la recuperación, la inclusión y participación activa en la comunidad” (2018, pág. 17).

A lo largo del documento, se hace hincapié en incorporar el enfoque de *recuperación* y la defensa de los Derechos Humanos en los servicios comunitarios de Castilla-La

Mancha. Por ejemplo, en el apartado de análisis de la situación actual de Castilla-La Mancha, se expone que

“el movimiento asociativo trabaja con el modelo de intervención comunitaria, centrado en la recuperación, basado en el empoderamiento de las personas con trastorno mental, y en el reconocimiento de sus derechos” (2018, pág. 55).

Una de las líneas estratégicas del plan se centra en trabajar por,

“la mejora del ambiente terapéutico y las intervenciones orientadas a la recuperación de la persona” (2018, pág. 93).

Con el objetivo de que en las líneas de actuación se incorpore a la Red de Salud Mental de Castilla- La Mancha el enfoque de la *recuperación*, haciendo especial énfasis en velar por los Derechos Humanos como marcos de referencia.

Por último, en el apartado de conceptos de dicho plan y en relación con los conceptos de esperanza, autogestión y empoderamiento, se define la *recuperación* como el proceso que,

“reconoce a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y de crecimiento personal. Gira en torno a elementos internos y valores como la esperanza de cambio lo que supone un incremento en la sensación de control de la propia vida y el deseo de normalizar la vida plenamente. Conlleva valores como empoderamiento, autogestión, derechos, inclusión social, rehabilitación, implicación personal y esperanza. Pone el énfasis en las capacidades de la persona y en horizontes de desarrollo y crecimiento personal” (2018, pág. 168).

A su vez, siguiendo con el concepto de empoderamiento, se puede observar que varios de sus objetivos están enfocados en este concepto:

“empoderar, formar y sensibilizar a las mujeres con problemas de salud mental sobre la violencia de género, de forma que sean capaces de identificar estas situaciones y que no se culpabilicen. Habilitar espacios de diálogo entre iguales donde puedan expresarse” (2018, pág. 47).

“Diseñar talleres de empoderamiento dirigidos exclusivamente a grupos de mujeres, prestando especial atención entre sus contenidos a la violencia sexista contra las mujeres, la sexualidad, la autoestima, y la importancia del empleo y de la participación” (2018, pág. 47).

“Realizar un trabajo, fundamentalmente grupal, de acompañamiento y empoderamiento con las mujeres con enfermedad mental, orientado hacia la inserción laboral, centrado en el desarrollo de su autoestima y en la adquisición de habilidades sociales y laborales” (2018, pág. 47).

Se expone que el movimiento asociativo de Castilla-La Mancha trabaja con el modelo de intervención comunitaria,

“centrado en la recuperación, basado en el empoderamiento de las personas con trastorno mental, y en el reconocimiento de sus derechos, apoyándose en el nuevo paradigma en la protección de los mismos que ha supuesto la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España en el año 2008” (2018, pág. 55).

Por otro lado, en relación con el concepto de grupos de ayuda mutua se destacan como objetivos específicos:

“la participación de personas con trastorno mental, del movimiento asociativo y grupos de ayuda mutua” (2018, pág. 85).

“Reconocer y potenciar el apoyo entre iguales: Grupos de Ayuda Mutua (GAM), Escuela de Salud y Cuidados” (2018, pág. 98).

“Implementar Grupos de Ayuda Mutua para la promoción de la autonomía y afrontamiento del malestar asociados con los problemas físicos” (2018, pág. 102).

“Desarrollo de programas de intervención y apoyo mutuo en personas con trastorno mental grave” (2018, pág. 104).

Comentario

El Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha está actualmente vigente. Durante todo el Plan se tiene en cuenta el concepto de *recuperación*. Sus objetivos y líneas estratégicas están relacionados con el modelo de *recuperación* citando muchos de sus

principios y valores como la autonomía de la persona, el empoderamiento, la esperanza, sus fortalezas, la participación activa en su proceso, los derechos, etc. Sin embargo, los conceptos de identidad, vida con sentido y autodeterminación no se mencionan en el documento. En cuanto a los programas o estrategias que aparecen en el documento en relación con el concepto de *recuperación* se exponen el programa de intervención y apoyo mutuo en personas con trastorno mental grave y el programa de intervención comunitaria. Destacar que el grado de penetración del modelo de *recuperación* en el plan es abundante.

Castilla y León. Plan de Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007). Aprobado por la Junta de Castilla y León. No vigente.

Descripción formal

El plan de estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica de Castilla y León está estructurado de la siguiente manera: introducción, salud mental y asistencia psiquiátrica en España, el impacto de la enfermedad mental en Castilla y León, mapa de recursos y dispositivos de salud mental en Castilla y León, fundamentos y principios de la estrategia y por último, objetivos y líneas estratégicas. El documento comprende cinco líneas estratégicas dirigidas a la promoción de la salud mental, la ordenación asistencial, el desarrollo de programas específicos, la integración y soporte de las personas con enfermedad mental y la mejora de formación e investigación. Se presenta como objetivo principal el “garantizar la continuidad de cuidados de los enfermos mentales”.

La recuperación

Destacar que los conceptos de *recuperación*, esperanza, identidad, vida con sentido, autogestión, empoderamiento y autodeterminación no se mencionan a lo largo de todo el Plan de Estrategia Regional de Salud Mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León 2003-2007.

Únicamente se menciona el concepto de grupos de ayuda mutua una sola vez:

“Las actividades fundamentales de las diferentes entidades de Castilla y León se refieren a la realización de actuaciones de información, formación y sensibilización, organización de grupos de autoayuda y escuelas de padres, actuaciones de respiro familiar y actividades ocupacionales, de desarrollo de habilidades adaptativas, laborales, sociales, de ocio y tiempo libre, etc.” (2003, pág. 72).

Comentario

El Plan de Salud Mental de Castilla y León terminó su vigencia en el año 2007 y por lo tanto se debería esperar que hubiesen incluido ya el concepto de *recuperación* pero no en la misma medida que los planes que tienen vigencia en la actualidad. Destacar que no se tiene en cuenta la *recuperación* de la persona con enfermedad mental, ya que no se cita en todo el documento, ni el término *recuperación* ni sus valores, es decir, los conceptos de identidad, vida con sentido, autogestión, empoderamiento y autodeterminación. A lo largo del Plan aparece diferentes programas y estrategias pero ninguna de ellas se basa en el concepto de *recuperación*. Por lo que el grado de penetración del modelo en el plan de salud mental de Castilla y León es nulo.

Cataluña. Plan Integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones 2017-2019. Realizado por la Generalitat de Catalunya. Aprobado por el gobierno de Cataluña el 24/10/2017. Vigente.

Descripción formal

El documento está conformado por tres grandes bloques: introducción, objetivos y líneas estratégicas. Estas líneas estratégicas incluyen 29 objetivos específicos y 71 actuaciones que se basan en la promoción y la prevención, la atención basada en los derechos de las personas; la integración de las intervenciones en las diferentes redes, y entre los servicios sociales de los diferentes ámbitos; el desarrollo de un modelo de atención basado en la comunidad, que favorece la *recuperación* de las personas y la inclusión social; y la formación como herramienta de mejora continua. Como objetivo principal se expone el “mejorar la integración de la atención entre los diferentes servicios de la red sanitaria y entre el sistema sanitario, social, educativo, laboral y judicial”.

La recuperación

A lo largo del plan integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones 2017-2019 de Cataluña, se hace hincapié en la importancia del enfoque de *recuperación* y el modelo de atención comunitaria. En la parte introductoria, se señala que mediante un,

“trabajo conjunto se podrá garantizar un modelo de atención comunitario, centrado en las necesidades de las personas y adecuando las actuaciones en sus entornos naturales, que oriente la organización de los servicios de atención desde el paradigma del modelo de recuperación y contando siempre con la participación activa de la persona y de sus familiares” (2017, pág. 6).

Destacar que uno de los principios del plan es el desarrollo de un modelo de atención a la salud mental basado en la comunidad y orientado a reducir las desigualdades sociales, mejorando la *recuperación* y la inclusión social. A su vez, en muchos de los objetivos específicos del proyecto se afirma que se debe

“proporcionar la formación en derechos, empoderamiento y recuperación de las personas con trastorno mental para fomentar la inclusión participativa en la sociedad” (2017, pág. 25).

En relación con el concepto de empoderamiento, se citan como objetivos generales:

“Promover la autonomía de las personas y su empoderamiento, implicando el conjunto de la comunidad en este proceso” (2017, pág. 6).

“Construir un modelo de atención integrada centrada en la persona mediante el rol activo y empoderado y con un marcado carácter preventivo, de enfoque comunitario, de proximidad y que garantice la continuidad asistencial” (2017, pág. 9).

A su vez, siguiendo con el término de empoderamiento encontramos que:

“Es necesario realizar actuaciones para garantizar los derechos y deberes de las personas con problemas de salud mental, porque puedan ejercer como sujetos activos de derecho, y realizar acciones que contribuyan a su participación y empoderamiento” (2017, pág. 24).

“Escuchar activamente y empoderar a las personas con problemas de salud mental para que sean protagonistas de sus procesos vitales es importante para ellas, puesto que les ofrece la oportunidad de liderar su vida en todos los ámbitos que les afectan, pero también es importante para la sociedad en general, dado que la voz, la experiencia, las necesidades y deseos de las personas que conforman la sociedad, con todas las características existentes, enriquecen el debate y mejoran los planteamientos y las soluciones” (2017, pág. 39).

En cuanto a líneas de acción y en relación con el concepto de empoderamiento se menciona:

“se ha iniciado la implementación del Proyecto Actívate, que tiene como objetivo la formación y el empoderamiento de las familias y personas con problemas de salud mental” (2017, pág. 26).

Por último, únicamente se nombra el concepto de grupos de ayuda mutua una sola vez, concretamente en el apartado de objetivos específicos:

“también hay que crear espacios específicos de orientación, información y asesoramiento, hacer programas psicoeducativos, capacitar a las personas afectadas y a los familiares y promover grupos de ayuda mutua” (2017, pág. 26).

Comentario

El Plan de Salud Mental de Cataluña está actualmente vigente. El grado de penetración del enfoque de *recuperación* en el Plan Integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones 2017-2019 de Cataluña es abundante. Los principios básicos del plan se basan en el modelo de *recuperación* y en la salud mental comunitaria. En relación a los programas o estrategias específicas basadas en el modelo de *recuperación*, se observa que no hay resultados. Los términos de *recuperación* y empoderamiento abundan a lo largo del documento. Sin embargo, destacar que los conceptos de esperanza, identidad, vida con sentido, autogestión y autodeterminación no se mencionan a lo largo del Plan.

Comunidad Valenciana. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020.

Realizada y aprobada por la Generalitat Valenciana. Vigente.

Descripción formal

La Estrategia Autonómica de salud mental 2016-2020 de la Comunidad Valenciana está estructurada en cinco grandes apartados: introducción, la atención a la salud mental en la Comunidad Valenciana, misión y valores, líneas estratégicas y objetivos y por último, la evaluación. El documento prioriza el consolidar el modelo de atención comunitaria ya que gran parte de los 60 objetivos específicos que se reparten en cinco líneas estratégicas lo afirman. También se le da importancia a la mejora de la interconexión entre recursos ya que una de las debilidades detectadas en estudios era la falta de coordinación entre ellos.

La recuperación

En primer lugar, durante la introducción del documento se expone como necesidad de dicha comunidad autónoma la,

“reorganización de la red sanitaria de atención en salud mental de acuerdo al modelo comunitario de atención y orientada a la recuperación de las personas con problemas de salud mental y su plena inclusión social” (2016, pág. 6).

El plan se centra en el modelo orientado a la *recuperación* como elemento clave de la organización de sus servicios de salud mental, cuyos objetivos son el respeto y la defensa de los derechos y la plena inclusión social de las personas con problemas de salud mental. Siguiendo el plan,

“esto implica cambios profundos en el modelo de atención y la adquisición de nuevos roles de las personas, sus familias y los profesionales que prioricen la potenciación de las capacidades personales, mantengan la esperanza y se orienten a construir un proyecto de vida” (2016, pág. 6).

En los principios estratégicos se pone de manifiesto el modelo de atención centrado en la persona y orientado a la *recuperación*,

“entendiendo ésta cómo una cuestión de derechos, de recuperación de la ciudadanía, que empodere a las personas, no sólo en el sentido de recuperar el control sobre sus

vidas, sino también en el de su participación activa en todo aquello que les concierne” (2016, pág.47).

A su vez, se expone que la *recuperación* consiste en desarrollar y recuperar un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, más allá de la propia enfermedad, los síntomas, la discapacidad o los problemas.

En cuanto a las líneas futuras de acción afirma que:

“todas las intervenciones y acciones que se lleven a cabo deben ir orientadas a la recuperación del proyecto vital de la persona, con su participación activa, promoviendo su autonomía y empoderamiento” (2016, pág. 51).

Por último, en relación al modelo de *recuperación*, en la línea estratégica de formación e investigación se destaca:

“si se quiere mejorar la eficacia y la eficiencia del sistema se debe incluir la formación en gestión clínica, evaluación, trabajo en equipo, modelo de recuperación y formación en derechos” (2016, pág. 62).

Siguiendo el Plan, vemos que el concepto de esperanza se emplea en varias ocasiones:

“La esperanza de las personas con problemas de salud mental y de los profesionales es un elemento esencial en la medida que la persona va asumiendo el control sobre su vida, gestionando su autonomía y su inclusión social” (2016, pág. 47).

“La recuperación implica la adquisición de roles renovados de las personas, sus familias y de los profesionales, para construir una nueva organización de los servicios de salud que prioricen las acciones, potenciando las capacidades personales, manteniendo la esperanza , orientando la ayuda hacia el desarrollo de metas y ambiciones personales que den sentido a una vida de calidad” (2016, pág. 48).

En cuanto al concepto de identidad, se menciona que,

“la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de 2006 (CDPD), ratificada por España en 2008 recoge los derechos de las personas con cualquier tipo de discapacidad: el respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia, la no

discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la igualdad entre el hombre y la mujer, el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad” (2016, pág. 58).

En relación con el concepto de vida con sentido se expone que:

“la recuperación consiste en desarrollar y recuperar un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, más allá de la propia enfermedad, los síntomas, la discapacidad o los problemas” (2016, pág. 47).

A lo largo del Plan se centra de forma abundante en el concepto de empoderamiento, convirtiéndose así en uno de los pilares básicos de todo el documento:

“todas las intervenciones y acciones que se lleven a cabo deben ir orientadas a la recuperación del proyecto vital de la persona, con su participación activa, promoviendo su autonomía y empoderamiento” (2016, pág. 51).

En la parte introductoria, se afirma que,

“una de las fortalezas de esta estrategia es el protagonismo de las personas: personas usuarias, familias y profesionales, y su participación activa en la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación, necesaria para la transformación de las relaciones entre los individuos, comunidades, servicios y gobiernos que puedan facilitar el empoderamiento y emancipación de las personas con problemas de salud mental y sus familias” (2016, pág. 4).

Siguiendo con el concepto de empoderamiento, en las líneas estratégicas del documento encontramos que la primera línea estratégica afirma que se debe,

“desarrollar intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y su carácter intersectorial, considerando el empoderamiento y el autocuidado personal como los ejes para que el ciudadano gestione su salud mental” (2016, pág. 7).

La cuarta línea estratégica se ocupa del,

“reconocimiento del ejercicio de los derechos, empoderamiento y emancipación de los usuarios, del papel y apoyo a las familias y de la participación de los profesionales, asociaciones y sociedad en general para la mejora de la salud mental” (2016, pág. 8).

Por último, en el apartado de normativa y legislación de la salud mental, en la Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS 2010 se expone:

“la clave del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos” (2016, pág. 108).

En relación con el concepto de grupos de ayuda mutua encontramos como objetivo específico:

“potenciar la utilización de los programas de autoayuda y apoyo mutuo para las personas, recursos comunitarios normalizados, servicios sociales locales, asociaciones, clubs, etc.” (2016, pág. 79).

Comentario

La Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana está actualmente vigente. El grado de penetración del modelo de *recuperación* en dicho plan es muy abundante. Diferencia la *recuperación* “clínica” de la “social”. Sus líneas estratégicas y líneas futuras de acción están basadas en el modelo de *recuperación* y hacen hincapié en formar a los profesionales en dicho modelo para lograr una mayor eficacia y eficiencia de los recursos. Los valores de empoderamiento, vida con sentido y esperanza están impregnados en el documento. Por último, cabe destacar que son varios los programas específicos relacionados con el concepto de *recuperación*: programa de auto ayuda y de apoyo mutuo para personas con trastorno mental grave; programa de rehabilitación psicosocial que incluye grupos psicoterapéuticos, psicoeducación, rehabilitación neurocognitiva y de ocio y tiempo libre, afrontamiento al estrés, resolución de problemas en colaboración con AP y movimiento asociativo; y el programa orientado a la inclusión social desarrollado por asociaciones de personas usuarias.

Extremadura. Plan integral de salud mental de Extremadura 2016-2020.

Aprobado en Consejo de Gobierno autonómico extremeño en Mérida, febrero de 2017.

Vigente

Descripción formal

El III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 está compuesto por nueve grandes apartados: presentación, metodología, estadísticas y relación de participantes de los grupos de trabajo, marco normativo, análisis de la situación de salud mental de Extremadura, evaluación del plan integral de salud mental de Extremadura, misión y valores de la red de salud mental extremeña, objetivos y acciones y por último, la planificación económica. En total, se señalan 50 objetivos a cumplir en medio-largo plazo y como objetivo prioritario se destaca el garantizar el derecho de las personas a recibir la mejor atención posible para lograr la *recuperación* de su salud mental.

La recuperación

En la parte introductoria del plan, se expone como uno de los objetivos urgentes el afianzar el Modelo Comunitario de atención a la salud mental en Extremadura,

“dando pasos para introducir la filosofía de la recuperación para las personas con enfermedad mental y sus familias” (2017, pág. 8).

Siguiendo la introducción, se pone de manifiesto como necesidad:

“hacer una red transversal, multidisciplinar y necesaria, amparada en la evidencia de los modelos comunitario y de recuperación en salud mental” (2017, pág. 10).

Sin embargo, por otro lado, se expone que la red de salud mental de Extremadura es actualmente una

“red de atención concebida bajo un modelo comunitario de atención a la salud mental, persiguiendo la recuperación de las personas con enfermedad mental y sus familias” (2017, pág. 45).

En relación con el concepto de identidad, se menciona que:

“en el marco de la calidad asistencial, se ha querido destacar como fundamental la Seguridad del Paciente, dotándola de una identidad propia en Salud Mental que

recoja su especificidad y la sitúe al nivel del resto del sistema sanitario”(2017, pág. 73).

Comentario

El Plan Integral de Salud Mental de Extremadura está actualmente vigente. A lo largo del plan, únicamente se nombra en tres ocasiones el concepto de *recuperación*, citadas anteriormente. Mediante dicho Plan se quiere instaurar en Extremadura el modelo comunitario y de *recuperación*. Los únicos programas específicos que se destacan en el Plan son el programa de rehabilitación laboral y el programa de inserción social. En cuanto al grado de penetración del modelo de *recuperación* en dicho Plan es muy escaso, convirtiéndose en una simple mención ya que los valores del modelo de *recuperación* no se nombran a lo largo del documento.

Galicia. Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011. Realizado y aprobado el 5 de octubre de 2006 por la Junta de Galicia. No vigente.

Descripción formal

El Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011 esta estructura en cinco apartados: introducción, necesidades, objetivos y líneas estratégicas, desarrollo de las líneas estratégicas y cronograma. Todo el Plan se desarrolla en tres objetivos generales: culminar el desarrollo del documento “Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental”, formular las bases para la atención a la salud mental en Galicia y su desarrollo integral, y por último, asegurar a los pacientes y a sus familias tanto la entrada en la red asistencial como su retorno a la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, así como los dispositivos intermedios y desarrollando los servicios de rehabilitación e integración social.

La recuperación

En relación al término de *recuperación*, en el apartado de prioridades del plan, se citan como objetivos específicos:

“diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación” (2007, pág. 106).

“la recuperación e inclusión en la sociedad de quienes han sufrido problemas graves de salud mental” (2007, pág. 227).

Por último, destacar como una de las líneas futuras de acción en relación con el concepto de *recuperación* y grupos de autoayuda:

“comprometer a las organizaciones de usuarios en el desarrollo de sus propias actividades, incluyendo la puesta en marcha y funcionamiento de grupos de autoayuda y recuperación” (2007, pág. 232).

En relación con el termino de autogestión, uno de los programas insertados en el Plan es el *“Programa de autocuidado y autogestión de vida diaria”* (2007, pág. 196).

Comentario

El Plan de Salud Mental de Galicia terminó su vigencia en el año 2011 por lo que es entendible que no haya incluido de forma tan completa como en otros planes el concepto de la *recuperación*. A lo largo del plan, únicamente se nombra el término *recuperación* en tres ocasiones, sin diferenciar la *recuperación* “clínica” de la “social”. En cuanto a los programas específicos basados en el concepto de *recuperación* encontramos el programa antiestigma, programa de rehabilitación activa y el programa de autocuidado y autogestión de la vida diaria. Los valores del modelo de *recuperación* no se nombran a lo largo del documento. Por lo que el grado de penetración del modelo de *recuperación* en dicho plan es nulo, convirtiéndose en una simple mención.

La Rioja. III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020. Aprobado en Octubre de 2016 por el Gobierno de La Rioja. Vigente.

Descripción formal

El III plan estratégico de salud mental de La Rioja 2016-2020, está estructurado en 7 diferentes apartados: objetivos, metodología, marco normativo, análisis de la situación en La Rioja, oferta de atención a la salud mental, líneas estratégicas y por último, la

evaluación. El Plan se orienta en torno a siete líneas estratégicas, las cuales tienen sus objetivos generales y específicos, las líneas de acción para alcanzarlos y los indicadores para evaluar los resultados.

La recuperación

En el apartado de las líneas estratégicas del III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020, el Plan desarrolla el enfoque de *recuperación* como la eliminación de todos los síntomas de la enfermedad al exponer “*recuperación completa*” :

“los trastornos mentales, especialmente la depresión y la ansiedad, dan origen, con frecuencia, a la disminución de la calidad de vida y la mortalidad excesiva en la vejez. Se caracterizan por una incidencia elevada (el 15% de la población mayor tiene síntomas de depresión clínicamente significativos y un 15% padece una afección de ansiedad), su mal pronóstico (sólo un tercio de ellos tiene una recuperación completa de la depresión después de dos años)” (2016, pág. 71).

Por otro lado, otra de las líneas estratégicas del documento se destaca que,

“el modelo de recuperación e inclusión de las personas con enfermedad mental será el marco de referencia de dicho Plan Estratégico, que recogerá por ámbitos de actuación los objetivos específicos y actuaciones concretas a desarrollar para erradicar el Estigma y la Discriminación” (2016, pág. 81).

En relación con el concepto de identidad, uno de los objetivos específicos del Plan es:

“Potenciar la atención psiquiátrica a las personas mayores y que favorezca su autonomía e independencia, respete su identidad y estilo de vida en todo lo posible, contribuya a tratar sus problemas físicos y sin olvidar posibles problemas de aislamiento y soledad” (2016, pág. 73).

Por último, el término de grupos de autoayuda se emplea una única vez:

“El apoyo a las familias y cuidadores incluye un amplio abanico de atención: desde información de recursos (sanitarios, sociales, asociaciones...), apoyo social, legal, psicoeducación, afrontamiento de la enfermedad, resolución de problemas, soporte emocional, grupos de autoayuda, hasta servicios residenciales de respiro familiar” (2016, pág. 56).

Comentario

El Plan de Salud Mental de La Rioja está actualmente vigente. A lo largo del Plan, únicamente se nombra el término *recuperación* en las dos citas expuestas anteriormente. El enfoque de *recuperación* utilizado en el Plan es de una *recuperación* “clínica” ya que nombra una *recuperación* “completa” de todos los síntomas. El Plan no dispone de ningún programa o estrategia específica relacionada con el concepto de *recuperación*. Se expone que dicho Plan se basa en el modelo de *recuperación* e inclusión, aunque esto se convierte en una simple mención, por lo que el grado de penetración del modelo de *recuperación* es nulo.

Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Aprobado por el Consejo de Gobierno. Vigente.

Descripción formal

El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 está estructurado en seis apartados: marco de referencia, análisis de situación, misión y valores, metodología de elaboración del Plan, enfoque estratégico y seguimiento y evaluación. El Plan contiene 11 líneas estratégicas y 81 objetivos específicos. La finalidad del Plan es comprometerse con la humanización de la atención a la Salud Mental, con la participación de los usuarios y familiares y con la protección, así como la promoción de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

La recuperación

En la parte introductoria del Plan, figura que la misión de dicho plan es:

“avanzar en el proceso de mejora continua reorientando la organización hacia un funcionamiento más proactivo, garantizar la accesibilidad y la intervención precoz, y proporcionar una atención integral y multidisciplinar, integrada y flexible, satisfactoria para el usuario y respetuosa con sus derechos. Pretendiendo conseguirlo a través de la “generalización de actuaciones efectivas, seguras y basadas en evidencia, que permitan ofrecer el mejor tratamiento, rehabilitación y recuperación a los usuarios” (2018, pág. 5).

Se afirma que el Plan está basado en el modelo comunitario de atención a la salud mental mediante elementos básicos como son la rehabilitación y la *recuperación* personal. Definiendo la *recuperación* personal como:

“la recuperación de la salud en sentido estricto y de la conciencia de autonomía personal y de ciudadanía a pesar de los efectos causados por el trastorno mental. La recuperación, por tanto, implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida. Una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin que, necesariamente, se haya recuperado de su enfermedad (recuperación clínica)” (2018, pág. 12).

En cuanto a los objetivos del Plan, en relación con el enfoque de *recuperación*, se mencionan:

“prestar a la persona enferma el conjunto de herramientas necesarias, para que tenga la oportunidad de lograr la recuperación de su enfermedad a través de un proceso de tratamiento mantenido y de rehabilitación psicosocial y mejora con los objetivos de superar o reducir sus síntomas y discapacidades y de alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social” (2018, pág. 60).

“Reducir la necesidad de ingresos hospitalarios y la duración de los mismos, buscando tratamientos alternativos que favorezcan el proceso de recuperación” (2018, pág. 104).

En relación con el concepto de empoderamiento, varios objetivos específicos del Plan se centran en dicho concepto:

“desarrollar nuevos canales de información y comunicación aplicando las nuevas tecnologías puede complementar la actividad de los profesionales y empoderar a los verdaderos protagonistas del proceso que serían las personas con trastorno mental grave” (2018, pág. 176).

“Promocionar el desarrollo de intervenciones terapéuticas basadas en modelos de capacitación o empoderamiento Cognitivo-Emocional para pacientes y familiares” (2018, pág. 188).

“Formación para promover la capacitación y empoderamiento de familiares y pacientes” (2018, pág. 236).

Por otro lado, el concepto de grupos de autoayuda solo está nombrado varias veces a lo largo del plan:

“Se han incorporado actuaciones orientadas a potenciar la participación de los usuarios y familiares en la toma de decisiones a distintos niveles, en la formación de profesionales, en los grupos de ayuda mutua y en el seguimiento y evaluación del plan a través del Observatorio de Salud Mental” (2018, pág.6).

“Desarrollar espacios de atención, grupos multifamiliares y grupos de ayuda y apoyo a familias, cuidadores y afectados” (2018, pág. 213).

Comentario

El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid está actualmente vigente. El grado de penetración del modelo de *recuperación* en el plan es bastante abundante. Diferencia la *recuperación* “clínica” de la “social”. Los valores del modelo de *recuperación* como el empoderamiento y los grupos de autoayuda están nombrados a lo largo del documento. Los programas específicos que se mencionan en relación al concepto de *recuperación* son el programa de continuidad de cuidados, el programa de rehabilitación y el programa de salud mental de atención domiciliaria. Sus líneas estratégicas, sus objetivos y líneas futuras de acción están basadas en el modelo de *recuperación* y hacen hincapié en reducir el número de ingresos hospitalarios y la duración de los mismos, favoreciendo el proceso de *recuperación* del usuario en su propio entorno.

Murcia. Plan de Salud Mental de la región de Murcia 2010-2013. Publicado en el 2011 y realizado por el Servicio Murciano de Salud. Aprobado por el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia. No vigente.

Descripción formal

El Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013 está estructurado en seis diferentes apartados: aspectos generales, marco normativo, análisis de situación, evaluación del Plan, conclusiones del análisis de situación y objetivos y actividades. El

Plan se basa en cinco líneas de actuación y 43 objetivos específicos con sus respectivas líneas de acción futuras.

La recuperación

En el apartado de organización asistencial y marco de referencia del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013, en relación con el concepto de *recuperación*, propone que el programa de rehabilitación y reinserción,

“constituye una parte esencial de los dispositivos asistenciales y su finalidad es lograr el máximo nivel posible de recuperación, normalización del comportamiento e integración psicosocial, evitando la marginación y estigmatización que supone la pérdida de la salud mental” (2011, pág. 31).

Por último, el término de grupos de autoayuda se nombra una sola vez a lo largo del plan, concretamente en sus objetivos específicos:

“desarrollo del movimiento asociativo del voluntariado y grupos de autoayuda” (2011, pág. 97).

Comentario

El Plan de Salud Mental de la Región de Murcia terminó su vigencia en el año 2013 por lo que es entendible que no se haya incluido de forma tan completa como en otros planes el concepto de la *recuperación*. A lo largo de todo el Plan, solo se nombra una única vez el término *recuperación*, citada anteriormente. Por lo que el grado de penetración del modelo de *recuperación* en el Plan es nulo, convirtiéndose en una simple mención. No dispone de programas o estrategias específicas basadas en el concepto de *recuperación* y los valores del modelo de *recuperación* tampoco son citados a lo largo del Plan.

Navarra. Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. Año publicación: Julio de 2012. Realizado por el Servicio Navarro de Salud. Aprobada por el Gobierno de Navarra en 2012. No vigente.

Descripción formal

El Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016, está estructurado en siete grandes bloques: introducción, metodología, finalidad, situación actual, conclusiones estratégicas, objetivos y evaluación y seguimiento. El Plan está basado en seis líneas estratégicas las cuales son: prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma, atención a los trastornos mentales, coordinación intra e interinstitucional, participación y desarrollo de profesionales, gestión del conocimiento e investigación, y por último, gestión y organización de la Red de Salud Mental de Navarra.

La recuperación

En relación al concepto de *recuperación*, en la introducción, el Plan nos indica que:

“la misión del Plan es decidir, planificar, ejecutar y evaluar las acciones más efectivas y los recursos más apropiados para la mejora de la salud mental de la población de acuerdo con un modelo de base comunitaria e intersectorial en el que participen de forma coordinada los diversos agentes implicados, que integre la promoción de los factores de salud y la prevención de los trastornos, y que incluya el tratamiento, la rehabilitación, la recuperación personal, y la inserción óptima de las personas que sufren trastornos mentales” (2012, pág. 17).

En el apartado de principios y valores del Plan, se describe la *recuperación* personal de la siguiente manera:

“además de la recuperación clínica de las personas con enfermedad mental, es necesario favorecer la recuperación personal basada en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales” (2012, pág. 26).

Comentario

El Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra finalizó su vigencia en el año 2016. Destacar que el grado de penetración del modelo de *recuperación* en el Plan es muy escaso, ya que el término de *recuperación* solo se cita en dos ocasiones y el concepto de esperanza en una a lo largo de todo el documento. No se mencionan el resto de valores del modelo como el empoderamiento, autogestión, vida con sentido, autodeterminación e identidad. El Plan dispone de muchos programas específicos aunque ninguno está relacionado con la *recuperación* y sus valores.

País Vasco. Plan Estratégico de Salud Mental de la CAPV 2010. Realizado por Osakidetza. Aprobada por el Gobierno Vasco en 2010.No vigente.

Descripción formal

El Plan Estratégico de Salud Mental de la CAPV 2010 está estructurado de la siguiente manera: introducción, estrategia en salud mental del sistema nacional de salud, estrategia de salud mental de la CAPV, modelo comunitario, cartera de servicios y atención socio sanitaria, objetivos y líneas estratégicas y evaluación y seguimiento. El Plan concretamente se basa en siete líneas estratégicas, las cuales son: promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad mental, erradicación del estigma, atención a los trastornos mentales, coordinación inter e intrainstitucional, formación de los profesionales e investigación en la salud mental.

La recuperación

En el apartado del Modelo Comunitario del Plan, se define con detalle el concepto de *recuperación* personal, mencionando así los valores de esperanza, autonomía y afiliación:

“la recuperación tras un trastorno mental grave implica dos procesos paralelos y complementarios que requieren ser promovidos de manera específica. El primero, el único que se ha tenido en cuenta hasta ahora, tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno y supone la recuperación de la salud en sentido estricto. El segundo es un proceso de cambio y de crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales. Se trata, pues, de retomar el propio curso vital y recuperar al máximo las propias capacidades como individuo y como ciudadano” (2010, pág. 15).

Comentario

El Plan Estratégico de Salud Mental de la CAPV finalizó su vigencia en el año 2010 por lo que es entendible que no se manifieste de forma tan completa como en otros planes el concepto de la *recuperación*. A lo largo de todo el Plan solo se nombra el concepto de *recuperación* en el apartado de Modelo Comunitario del Plan, en los objetivos y líneas estratégicas de dicho Plan no se menciona. El concepto de esperanza solo se refleja una

única vez y es en la definición de *recuperación* personal, a lo largo del plan no se vuelve a mencionar. Los valores de identidad, vida con sentido, autogestión, grupos de autoayuda y la autodeterminación no se mencionan. En cuanto a los programas específicos relacionados con el concepto de *recuperación* únicamente se nombra el programa de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental grave. Destacar que el grado de penetración del modelo de *recuperación* en el Plan de Salud Mental del País Vasco es muy escaso.

Análisis cuantitativo del uso de términos asociados con el concepto de *recuperación*

Se han tenido en cuenta solamente aquellos casos en los que los términos han sido utilizados significativamente en relación con el concepto de *recuperación*.

	Recuperación	Esperanza	Identidad	Vida con sentido	Auto-gestión	Empoderamiento	Grupos de ayuda mutua	Autodeterminación	Total
Andalucía	5	1	1	1	1	6	8	1	24
Aragón	6	0	0	0	0	3	0	0	9
Asturias	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Baleares	1	1	0	0	0	3	0	0	5
Cantabria	2	1	0	0	0	2	3	0	8
Castilla-La Mancha	4	1	0	0	1	4	4	0	13
Castilla y León	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Cataluña	3	0	0	0	0	5	1	0	9
Comunidad Valenciana	6	2	1	1	0	5	1	0	16
Extremadura	3	0	1	0	0	0	0	0	4
Galicia	3	0	0	0	1	0	1	0	5
La Rioja	2	0	1	0	0	0	1	0	4
Madrid	4	0	0	0	0	3	2	0	9
Murcia	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Navarra	2	1	0	0	0	0	0	0	3
País Vasco	4	1	0	0	0	0	0	0	5
Total	49	8	4	2	3	31	22	1	

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el término más frecuentemente usado en los textos de los planes de salud mental es “*recuperación*”, seguido “empoderamiento” y “grupos de ayuda mutua”. Los restantes términos aparecen con una frecuencia insignificante. Por Comunidades, la andaluza y la valenciana destacan en cuanto a la frecuencia de uso de los términos asociados a la *recuperación*. En 6 de las Comunidades no se menciona ninguno de estos términos.

5. Discusión general

El modelo de *recuperación* pretende establecer un cambio en la forma y modo de atender a personas con trastorno mental grave. Sus actuaciones se basan en la persona de manera global, y no solo en el diagnóstico y sus síntomas, favoreciendo así una actitud activa y esperanzadora del usuario.

Lo primero a destacar es que muchos de los planes de salud mental de diferentes comunidades autónomas no están vigentes, es decir, que muchos finalizaron hace varios años y hoy en día no disponen de ningún plan de salud mental actual. Así sería excusable que Islas Baleares (2006), Castilla y León (2003-2007), Galicia (2006-2011), Murcia (2010-2013), Navarra (2012-2016) y País Vasco (2010) no hayan incluido el concepto de *recuperación* porque todavía no estaba este concepto suficientemente extendido durante esta época. En el caso de las Islas Canarias, comentar que no disponen de ningún plan de salud mental aunque actualmente, grupos de trabajo compuestos por profesionales del ámbito de la salud mental están en proceso de elaboración del primer plan de salud mental de dicha comunidad autónoma.

Lo segundo a destacar, es que en los Planes de Salud Mental de Asturias, Cantabria, Extremadura, Navarra y País Vasco, el grado de penetración del modelo de *recuperación* es escaso. En los citados planes, se suelen mencionar de forma muy limitada los diferentes componentes del modelo de *recuperación* como el conservar la esperanza, desarrollar una identidad, autogestionarse, tener una vida con sentido, empoderarse, autodeterminarse y el empleo de grupos de autoayuda, y a su vez, sus objetivos y líneas de actuación no van dirigidas hacia dicho modelo.

Por otro lado, resaltar también que en los Planes de Salud Mental de Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña y Comunidad Valenciana se mencionan en reiteradas veces el concepto de *recuperación* y sus términos. Sus objetivos y líneas estratégicas están centradas en dicho concepto y se ponen de manifiesto diversos programas específicos relacionados con la *recuperación*. Aunque de todos los Planes de las Comunidades Autónomas destacan en relación al término de *recuperación* los Planes de Andalucía y Comunidad Valenciana.

Para concluir, decir que se ha evidenciado que en la mayoría de los Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas de España el grado de penetración del concepto de *recuperación* es nulo o muy escaso. Como futuras líneas de actuación precisar que muchos de estos Planes de Salud Mental deberían de ser reorganizados basándose en el modelo de *recuperación* y sus valores.

Obviamente el impacto de la *recuperación* en la práctica clínica diaria de la atención a las personas con trastornos mentales no puede valorarse por el presente estudio ya que se centra exclusivamente en evidencias documentales. La relación entre los documentos emitidos por las administraciones públicas, es decir, planes de salud mental, recomendaciones, normativas, etc. y la conducta de los profesionales sanitarios no siempre es estrecha. De hecho, se ha observado que en los planes de salud mental de las comunidades analizadas en este trabajo expresan un compromiso con el movimiento de la *recuperación* muy superior al compromiso de los profesionales que se supone que han de ejecutar dichos planes. La penetración de la *recuperación* es mayor a nivel documental que a nivel de la práctica asistencial (M. Gómez Beneyto, comunicación personal).

En el ámbito del presente estudio, pero fuera de su alcance, quedan muchas preguntas por resolver, ¿la disociación entre las normativas y la práctica asistencial es específica de la *recuperación*? o ¿se trata de un fenómeno más general que la engloba? ¿Cuáles son las actitudes, los conocimientos, las habilidades y las prácticas de la *recuperación* entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales en la actualidad? ¿Cuáles son los conocimientos y el compromiso de los usuarios de los servicios de salud mental en la *recuperación*?

En este trabajo no tomamos posición con respecto a la validez o la utilidad del concepto de *recuperación*. Personalmente pienso que la *recuperación* ha sido muy eficaz no solo

para el desarrollo personal de los usuarios que la ejercen sino también para defender sus derechos. No obstante, este estudio se basa en el impacto del concepto de la *recuperación* en los diferentes planes de salud mental de las comunidades autónomas españolas, y no se centra en valorar si dicha *recuperación* es positiva o negativa.

6. Conclusión

De acuerdo con los resultados de este trabajo, se concluye que existe una gran desigualdad entre los planes de salud mental de las diferentes comunidades en cuanto a la importancia que atribuyen al concepto de *recuperación*. En los Planes de Salud Mental de las comunidades autónomas de Asturias, Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco se hace una escasa mención del concepto de recuperación. Por otra parte, los Planes de Salud Mental de Andalucía y Comunidad Valenciana se centran específicamente en el modelo de *recuperación* y en sus estrategias y programas para implementarlo.

Bibliografía

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972–980.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.

Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11 –23.

Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York, NY, US: McGraw-Hill.

Davidson, L. (2008). Recovery – Concepts and Application. Devon Recovery Group (www.scmh.org.uk).

Davidson, L., & González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 37 (131), 189-205.

Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2014). Las raíces del movimiento de recuperación en Psiquiatría. Lecciones aprendidas. (A. D. Herranz, Trad.) Madrid, España: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Generalitat de Catalunya (2017). Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addicció 2017-2019. Barcelona, España. Recuperado el 22 de julio de 2018 de, http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2017/03/13/13/08/e161671e-f399-4710-9d5f-785fa04192be.pdf

Generalitat Valenciana (2016). Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. Valencia, España. Recuperado el 22 de julio de 2018 de, <https://apnadah.org/envcrr/backoff/ckfinder/userfiles/ficheros/Estrateg%C3%ADa%20Auton%C3%B3mica%20de%20Salud%20mental%202016%202020%20.pdf>

Gobierno de Aragón (2017). Plan de Salud Mental 2017-2021. Servicio aragonés de salud, departamento de sanidad. Zaragoza, España. Recuperado el 20 de julio de 2018 de, http://www.aragonhoy.net/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_PSM_17_21_25b1b4fa%232E%23pdf

Gobierno de Cantabria (2014). Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Santander, España. Recuperado el 22 de julio de 2018 de, <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>

Gobierno de Castilla-La Mancha (2018). Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025. Consejería de Sanidad. Recuperado el 22 de julio de 2018 de, <http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgspoeis/actuaciones/plan-de-salud-mental-de-castilla-la-mancha>

Gobierno de Castilla y León (2003). Plan de Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007. Recuperado el 22 de julio de 2018 de, http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Plan_salud_mental_Castilla_Leon.pdf

Gobierno de la Comunidad de Madrid (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Madrid, España. Recuperado el 23 de julio de 2018 de, <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>

Gobierno de La Rioja (2016). III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja. Servicio riojano de salud. Recuperado el 23 de julio de, <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/salud-mental/2627-plan-de-salud-mental-la-rioja-2016-2020>

Gobierno del Principado de Asturias (2015). Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. Consejería de sanidad, servicio de salud del Principado de Asturias. Oviedo, España. Recuperado el 20 de julio de 2018 de, https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/SALUD%20MENTAL/PLAN%20DE%20SALUD%20MENTAL%202015%20-%202020/Plan%20de%20Salud%20Mental%202015%202020.pdf

Govern de les Illes Balears (2006). Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears. Consejería de Salud y Consumo. Mallorca, España. Recuperado el 20 de julio de 2018 de, http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Plan_salud_mental_baleares.pdf

Junta de Andalucía (2016). III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Consejería de Salud. Sevilla, España. Recuperado el 20 de julio de 2018 de, <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=655>

Junta de Extremadura (2017). III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. Mérida, España. Recuperado el 22 de julio de 2018 de, https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/PLAN_SALUD_MENTAL_2016_2020.pdf

Osakidetza (2010). Plan Estratégico de Salud Mental de la CAPV 2010. Vitoria-Gasteiz, España. Recuperado el 24 de julio de 2018 de, http://fadesaludmental.es/images/PLAN_SALUD_MENTAL_PAISVASCO.pdf

Schön, U. & Rosenberg, D.(2013). Transplanting recovery: Research and practice in the Nordic countries. *Journal of Mental Health*. Recuperado el 10 de septiembre de 2018 de, <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.815337>

Servicio Murciano de Salud (2011). Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013. Murcia, España. Recuperado el 24 de julio de 2018 de, http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/Plan_Salud_Mental_Murcia.pdf

Servicio Navarro de Salud (2012). Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. Pamplona, España. Recuperado el 24 de julio de 2018 de, http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/Plan_Salud_Mental_Navarra.pdf

Shepherd, G., Boardman, J., &Slade, M. (17 de Marzo de 2008). Hacer de la recuperación una realidad. Edición en castellano. Recuperado el 1 de Junio de 2018, de <https://www.centreformentalhealth.org.uk>:
<https://www.centreformentalhealth.org.uk/making-recovery-a-reality>

Xunta de Galicia (2007). Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011. A Coruña, España. Recuperado el 23 de julio de 2018 de, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=512816>